

Brüssel, postdatum

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie sind Anwärter auf einen Führerschein der Gruppe 1 (Kategorie A3, A, B, B+E, G) oder Inhaber eines solchen Führerscheins und

- Sie wurden darüber informiert oder glauben, dass Ihre körperliche Verfassung nicht den medizinischen Anforderungen entspricht oder Sie haben eine Funktionsstörung, die Ihnen möglicherweise Schwierigkeiten beim Steuern eines Kraftfahrzeuges (Mofa, Motorrad, Quad, Trike, Auto, Lieferwagen, Traktor, ...) macht.
- Sie sind Inhaber eines Führerscheins, dessen Gültigkeitsdauer eingeschränkt ist und den Sie verlängern möchten.
- Sie sind durch die Behörden, einen prüfenden Arzt, eine Versicherungsgesellschaft oder eine andere Instanz an CARA verwiesen worden.

CARA wird überprüfen, ob Sie, eventuell nach bestimmten Anpassungen am Fahrzeug, unter bestimmten Auflagen oder Einschränkungen fahrgeeignet sind.

Wir möchten Sie bitten, das Formular "Teil A – Administrative Informationen" deutlich lesbar und vollständig auszufüllen. In "Teil B – Eigene Angaben" müssen Sie die Spalte "Anwärter/Inhaber" ausfüllen, gegebenenfalls vervollständigen und unterschreiben.

Anschließend wenden Sie sich bitte an einen Arzt Ihrer Wahl, der zusammen mit Ihnen das Formular "Eigene Angaben" nochmals durchgeht. Der Arzt wird die erforderlichen medizinischen Informationen hinzufügen und die Unterlagen an CARA weiterleiten.

Nach Eingang aller Dokumente erhalten Sie von CARA eine Einladung zu einem persönlichen Termin.

Mit freundlichen Grüßen,



Mark TANT, PhD
Abteilungsleiter CARA

Wir bitten Sie, beim Zurückschicken der Dokumente die Briefe ausreichend zu frankieren. Post, die nicht ausreichend frankiert wurde, wird nicht angenommen oder kann an den Absender zurück geschickt werden.

Teil A: Administrative Information



Wurde meine Fahreignung bereits durch CARA untersucht?

Ja Nein

Falls ja, Aktennummer:

Dokument, das vom Anwater auf einen Fuherschein / Inhaber eines Fuherscheins auszufüllen ist

Name

Grid for Name

Vorname

Grid for Vorname

Geschlecht

Grid for Geschlecht

Straße

Grid for Straße

Hausnummer Briefkasten

Grid for Hausnummer and Briefkasten

Postleitzahl

Grid for Postleitzahl

Gemeinde

Grid for Gemeinde

Geburtsdatum

Grid for Geburtsdatum

Geburtsort

Grid for Geburtsort

Land: Europäische Union

Grid for Land: Europäische Union

Nicht Europäische Union

Grid for Nicht Europäische Union

Beruf

Grid for Beruf

Telefonnummer privat

Grid for Telefonnummer privat

Telefonnummer geschäftlich

Grid for Telefonnummer geschäftlich

E-Mail

Grid for E-Mail

Nationalregisternummer:

Grid for Nationalregisternummer

Art der Anfrage

- 1 Durch ein Gericht wurde
 ich unter verlängerte Minderjährigkeit gestellt.
 ein Vermögensverwalter bestimmt.
 2 Ich besitze einen Fuherschein und
 melde eine Veränderung meines körperlichen Zustands.
 beantrage eine Verlängerung der Gültigkeitsdauer.
 3 Ich besitze keinen Fuherschein.
 4 Ich wurde von einer Versicherung, einem medizinischen Sachverständigen, einem Richter oder jemand anderem an CARA verwiesen (Unzutreffendes bitte streichen).
 5 Ein Gericht hat mir meine Fahrerlaubnis entzogen/Mein Fuherschein wurde eingezogen.

Datum der Urteilsverkündung::/...../.....

Entzogen bis:/...../.....

Prüfung oder Untersuchung:
 Medizinisch Psychologisch Theoretisch Praktisch

Ohne Prüfung oder Untersuchung

Wurde die „Überprüfung der Wiederherstellung der Fahreignung“ bereits irgendwo begonnen? Ja Nein

- 6** Mein derzeitiger Führerschein ist für folgende Kategorien gültig:
(je nach Art des Führerscheins: Ausstellungsdatum)

A B C D E F Beschränkt auf Nummernschild :

oder A1 A2 A3 B C D E

oder A3 A B C C1 D D1 E G Codenummer:

Der Führerschein wurde abgegeben in:

Am :/...../..... Nr. des Führerscheins :

Mein derzeitiger Führerschein ersetzt Führerscheinkategorieabgegeben am: ...

Mein derzeitiger Führerschein ist eine Zweitausfertigung von Führerscheinkategorie
..... ausgestellt am:

Bitte reichen Sie auch eine Fotokopie des Führerscheins ein.

- 7** Beantragte Führerscheinkategorie:

A3 A B B+E G

Sollten Sie einen Führerschein der Gruppe 2 beantragen, kreuzen Sie hier bitte die gewünschte Kategorie an.

Zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung kann ein erläuterndes Gespräch bezüglich der Gruppe 2 stattfinden.

B (bezahlterTransport) C C1 D D1 E

Die Beantragung eines Führerscheins der Gruppe 2 muss durch einen dazu berechtigten Arzt, beispielsweise einen Betriebsarzt oder einen Arzt von MEDEX eingereicht werden)

- In den letzten 5 Jahren war ich an (Datum: .../.../.../; .../.../...) Unfällen beteiligt, die lediglich Sachschäden zur Folge hatten. Ich war verantwortlich für ... Unfälle mit leicht Verletzten. Ich war verantwortlich für ... Unfälle mit schwer oder tödlich Verletzten.
Beinahe Unfälle: Anzahl : Grund :

In den letzten 5 Jahren erhielt ich ... Anzeigen wegen einer Übertretung der Verkehrsregeln, wovon ... schwere Übertretungen waren.

Ich empfinde beim Fahren folgende Schwierigkeiten/Einschränkungen:
.....

- Ich bin im Besitz einer Freistellung von der Anschnallpflicht: Ja Nein
Falls ja, ausgestellt am:/...../.....
Freistellungsnummer

Ich, der Unterzeichnende, erkläre, dass die obenstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass der durch mich beauftragte Arzt die folgenden Angaben und alle weiteren Informationen, die notwendig sind, um meine Fahreignung zu bestimmen, an den Arzt von CARA weiterleiten darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die vorliegenden Informationen und weitere Untersuchungsergebnisse dazu dienen, meine Fahreignung zu evaluieren und nicht an Dritte weitergegeben werden, es sei denn im Falle von höherer Gewalt.

Datum:

Name:

Unterschrift:

Brüssel, postdatum

Sehr geehrter Herr Kollege,

jeder Patient mit einer funktionellen Beeinträchtigung ist laut KE vom 23. März 1998 dazu verpflichtet, sich an CARA zu wenden, um seine Fahreignung feststellen zu lassen. Die funktionelle Beeinträchtigung kann die Folge einer Erkrankung des Muskel- oder Knochensystems, des zentralen- oder peripheren Nervensystems oder jeglicher anderer Erkrankung sein, durch die eine Einschränkung der motorischen Kontrolle, der Wahrnehmung, des Verhaltens oder des Beurteilungsvermögens, entsteht.

Im Anhang finden Sie unter „Eigene Angaben“ einen Fragebogen. Dieser muss vom Anwärtler auf einen Führerschein oder Inhaber eines Führerscheins ausgefüllt und durch Sie bestätigt oder korrigiert werden.

Die medizinischen Informationsblätter beinhalten die gleichen Kategorien wie die Informationsblätter „Eigene Angaben“. Laut Beilage 6 des KE vom 23. März 1998 müssen alle Kategorien, auf die in „Eigene Angaben“ mit JA geantwortet wurde, von Ihnen oder einem entsprechenden Facharzt ausgefüllt werden.

Um Ihren Patienten ohne Umwege an einen entsprechenden Spezialisten überweisen zu können, können Sie gegebenenfalls Behandlungsunterlagen, Aufnahme- und Entlassungspapiere und Kopien hinzufügen. Falls nötig, werde ich Ihren Patienten entsprechend Ihren Angaben an einen Facharzt überweisen.

Die ausgefüllten Informationsblätter, sowie weitere Dokumente und Kopien von medizinischen Berichten oder Untersuchungen schicken Sie bitte an CARA. Sobald diese Dokumente bei uns eingegangen sind, wird Ihr Patient von uns zu einer Überprüfung der Fahreignung und zur Bestimmung der Notwendigkeit von Anpassungen, Bedingungen und Beschränkungen eingeladen. Eine Kopie des Fahreignungsgutachtens wird Ihnen zu Ihrer Information zugeschickt.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mitarbeit.

Mit kollegialem Gruß,

Der entscheidungsverantwortliche Arzt CARA

Teil B : Eigene Angaben

Der Anwärter auf einen Führerschein oder Inhaber eines Führerscheins beantwortet die in Spalte I gestellten Fragen mit ja oder nein (Anwärter/Inhaber). Der Arzt beantwortet die in Spalte II gestellten Fragen mit ja oder nein (Arzt).

Dieser Teil des Fragebogens muss immer ausgefüllt werden. Vielen Dank im Voraus.

Anwärter/
Inhaber

Arzt

Neurologische Erkrankungen

- | | Ja | Nein | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hatten Sie schon einmal eine Verletzung oder Erkrankung des zentralen Nervensystems, des Gehirns oder des Schädels, die entweder angeboren ist oder in Folge eines Unfalles oder einer Krankheit entstand (z.B. Schlaganfall, Tumor, Multiple Sklerose, ...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie eine Erkrankung der Nerven in der Wirbelsäule (Spinalnerven) oder der Gliedmaßen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer Erkrankung leiden, bei der eine Bewusstseinsstrübung, ein plötzlicher Bewusstseinsverlust, oder eine plötzliche Störung Ihrer normalen Funktionalität auftreten kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Lagen Sie schon einmal im Koma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer Störung der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, des Urteilsvermögens, der Reaktions- oder Verhaltensschnelligkeit, Orientierung in Zeit und Raum leiden, oder hat man Ihnen jemals gesagt, dass Sie eine dieser Störungen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Geistige Erkrankungen

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Haben oder hatten Sie geistige (psychologische oder psychiatrische) Erkrankungen oder wurde Ihnen schon einmal gesagt, dass Sie psychische Funktionsstörungen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie große Anpassungsprobleme, die sich z.B. durch unangepasstes (Verkehrs-) Verhalten, übertriebene Risikobereitschaft oder unkontrolliertes Verhalten äußern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Epilepsie

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Leiden Sie an Epilepsie oder hatten Sie in der Vergangenheit einen oder mehrere epileptische Anfälle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Pathologische Somnolenz

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Haben Sie eine normale Schlafneigung während des Tages oder ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer Krankheit leiden, die den Schlaf stört oder die tagsüber eine übermäßige Ermüdung auslöst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Lokomotorische Erkrankungen

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer Erkrankung leiden, die sich in einer Beeinträchtigung Ihrer Kraft, einer Mobilitätsbeeinträchtigung der Gelenke, einer vollständigen oder teilweisen Abwesenheit oder Lähmung eines oder mehrerer Gliedmaßen, einer sensorischen, Gleichgewichts- oder Koordinationsstörung äußert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Ist Ihnen bekannt, ob sie jemals eine Herzerkrankung hatten (z.B. Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, ...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers (Pacemaker) oder eines Defibrillators? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Leiden Sie an zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck oder haben Sie eine Erkrankung der Blutgefäße? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diabetes mellitus

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Ist Ihnen bekannt, ob Sie an Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit) leiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Erkrankungen des vestibulären Systems

15. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder leiden Sie an plötzlichem Gleichgewichtsverlust oder Schwindelanfällen? Ja Nein Ja Nein

Visuelle Funktionen

16. Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer Augenerkrankung (z.B. Glaukom (grüner Star), Katarakt, Verlust eines Auges, Doppelsicht, Linsenimplantat, ...) leiden oder wurden Sie diesbezüglich behandelt? Ja Nein Ja Nein

17. Sehen Sie schlecht, unscharf oder verschwommen? (Sie sehen schlecht, wenn Sie ein Nummernschild eines Autos, das 10 Meter von Ihnen entfernt steht, nicht lesen können) Ja Nein Ja Nein

18. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen, um in die Ferne sehen zu können? Ja Nein Ja Nein

19. Ist Ihr Gesichtsfeld beeinträchtigt oder gibt es in Ihrem Blickfeld Regionen, in denen Sie nichts sehen? (Wenn Sie geradeaus schauen, müssen Sie gleichzeitig sehen können, was links und rechts von Ihnen geschieht. Sollte dies nicht der Fall sein, ist Ihr Gesichtsfeld beeinträchtigt.) Ja Nein Ja Nein

20. Sehen Sie in der Dämmerung oder bei Dunkelheit wenig oder nichts? Ja Nein Ja Nein

Alkohol, psychotrope Stoffe

21. Konsumieren Sie Drogen, Betäubungsmittel oder stimulierende Substanzen oder haben Sie früher einmal eine der genannten Substanzen konsumiert? Ja Nein Ja Nein

22. Konsumieren Sie übermäßig viel Alkohol, sind Sie alkoholabhängig oder missbrauchen Sie Alkohol? Steuern Sie auch unter Alkoholeinfluss ein Kraftfahrzeug oder war dies in der Vergangenheit schon einmal der Fall? Ja Nein Ja Nein

Nieren- und Lebererkrankungen

23. Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer Nieren- oder Lebererkrankung leiden? Ja Nein Ja Nein

Implantate

24. Haben Sie sich einer Organtransplantation unterzogen? Ja Nein Ja Nein

25. Haben Sie sich einer Implantation* unterzogen? (* Apparat im Körper, der im Rahmen einer Operation implantiert wurde) Ja Nein Ja Nein

Andere Störungen

26. Leiden Sie an einer anderen Funktionsstörung, die nicht genannt wurde und welche Ihre funktionellen Fertigkeiten beim Fahren beeinträchtigen und eine Gefahr beim Steuern eines Kraftfahrzeugs bedeuten könnte? Ja Nein Ja Nein

Medikamente

27. Nehmen Sie Medikamente? Falls ja, welche? (Geben Sie bitte auch an, welche Medikamente Sie regelmäßig und welche Sie unregelmäßig nehmen, mit der entsprechenden Dosis). Ja Nein Ja Nein

Nur vom Anwärter auf einen Führerschein / Inhaber eines Führerscheins auszufüllen

Regelmäßig:

.....

Ab und zu

Hiermit erkläre ich (der Unterzeichnende), dass ich alle vorhergehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen, vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.

Der Arzt wird darum gebeten, für die Erkrankungen, bei denen er JA geantwortet hat, die übereinstimmenden Formulare (siehe weitere Dokumente) auszufüllen, und diese gegebenenfalls durch einen entsprechenden Facharzt ausfüllen zu lassen.

Datum:
Unterschrift des Anwärters auf einen Führerschein/
Inhabers eines Führerscheins
.....

Datum:
Unterschrift des Arztes
Name und Adresse des Arztes
.....

1. Neurologische Erkrankungen

Diagnose, gegebenenfalls Ätiologie und Behandlung (**MIT DATUM**):

.....
.....
.....
.....
.....

Implantate Ja Nein Siehe Teil 12

Heutige Medikation:

Hat die Medikation einen Einfluss auf die Fahreignung der Person? Ja Nein

Im Fall von Koma, Dauer:
Im Fall von posttraumatischer Amnesie, Dauer:

Weist die Person ein erhöhtes Risiko auf Bewusstseinsstörung oder auf plötzlichen Bewusstseinsverlust auf?
 Ja Nein

Wie ist der heutige medizinische Zustand der Person?
.....
.....
.....

Wie ist die zu erwartende Krankheitsentwicklung/Prognose?

Klinische Untersuchung (neurologisch – lokomotorisch) heutiger Zustand:

	Re OG	Li OG	Re UG	Li UG
Kraft				
Sens. ober. tief				
Mobilität				
Reflextonus				
Koordination				
Klonischer Reflex	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

.....
.....

Hat die Person kognitive Störungen: Erinnerung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Orientierung in Zeit und Raum, Apraxie, Agnosie, Aphasie (motorisch/sensorisch), Neglekt, Anosognosie, perzeptuelle oder visuospatiale Dysfunktionen, andere: Falls ja, bitte ankreuzen

Zeigt die Person Verhaltensstörungen, Störungen des Urteilsvermögens oder der Persönlichkeit? Ja Nein

Falls ja, bitte beschreiben.

Ist die Person sich ihres Problems ausreichend bewusst und zeigt sie die nötige Disziplin und Therapietreue? Ja Nein

Zeigt die Person ungewöhnliche mentale Alterserscheinungen? Ja Nein

Welche?
.....

Sie sind gesetzlich verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen

positiv negativ Unter Vorbehalt

Begründung:
.....
.....

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Neurologen:
.....
.....

Datum:

LIKIV-Nr. (Stempel)

Unterschrift:

2. Geistige Erkrankungen

Diagnose, gegebenenfalls Ätiologie und Behandlung (MIT DATUM):
.....
.....
.....
.....

Gegebenenfalls DSM IV – TR Klassifikation
.....

Heutige Medikation:
.....
.....

Hat die Medikation einen Einfluss auf die Fahreignung der Person? Ja Nein

Wie ist der heutige medizinische Zustand der Person?
.....
.....
.....

Wie ist die zu erwartende Krankheitsentwicklung/Prognose?

Befindet sich die Person momentan in einer Zwangsunterbringung? Ja Nein Bis: ...
Befindet sich die Person momentan in einem verpflichteten Nachsorgevertrag? Ja Nein Bis: ...
Wurde durch das Gericht ein Vermögensverwalter bestimmt? Ja Nein Seit ...
Ist die Person interniert? Ja Nein Bis: ...
Wurde durch ein Gericht eine verlängerte Minderjährigkeit der Person festgelegt? Ja Nein Seit ...

Ist die Person sich ihres Problems ausreichend bewusst und zeigt sie die nötige Disziplin und Therapietreue? Ja Nein

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen: positiv negativ unter Vorbehalt
Begründung:

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Psychiaters:

Unterschrift: LIKIV-Nr. (Stempel)

3. Epilepsie

Diagnose, gegebenenfalls Ätiologie und Behandlung:

Chirurgischer Eingriff:

Art des Anfalls, Beschreibung:

Datum erster Anfall: ... / ... / Datum letzter Anfall: ... / ... /

Frequenz der Anfälle:

Heutige Medikation:

Resultate des letzten EEGs:

Zeigt das EEG epileptiforme Abweichungen? Ja Nein

Ist die Person sich ihres Problems ausreichend bewusst und zeigt sie die nötige Disziplin und Therapietreue?

Ja Nein

Wie ist der heutige medizinische Zustand der Person?

.....

.....

.....

Wie ist die zu erwartende Krankheitsentwicklung/Prognose?

.....

.....

.....

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen

positiv negativ Unter Vorbehalt

Begründung:

.....

.....

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Neurologen::

.....

.....

.....

Datum:

LIKIV-Nr. (Stempel)

Unterschrift:

4. Pathologische Somnolenz, Narkolepsie, Kataplexie, Schlafapnoe-Syndrom

Diagnose, gegebenenfalls Ätiologie und Behandlung (MIT DATUM):

.....

.....

.....

Heutige Medikation:

.....

.....

Wie ist der heutige medizinische Zustand der Person?

.....

.....

.....

Ist der Person sich ihres Problems ausreichend bewusst und zeigt sie die nötige Disziplin und Therapietreue?

Ja Nein

Wie ist die zu erwartende Krankheitsentwicklung/Prognose?

.....

.....

.....

.....

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen

- positiv negativ unter Vorbehalt

Begründung:

.....

.....

.....

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Neurologen/Pneumologen:

.....

.....

Datum:

LIKIV-Nr. (Stempel)

Unterschrift:

5. Lokomotorische Erkrankungen

!Bei Hirnschädigungen lediglich Teil 1 „Neurologische Erkrankungen“ ausfüllen!

Diagnose und Datum:

.....

.....

.....

Behandlung:

◆ Chirurgischer Eingriff (+Datum):

.....

.....

.....

◆ Rehabilitationszentrum: *Dauer von:* *bis:*

◆ Heutige Medikation

.....

.....

Heutiger Zustand:

Klinische Untersuchung (lokomotorisch - neurologisch)

	Re OG	Li OG	Re UG	Li UG
Kraft				
Sens. ober tief				
Mobilität				
Reflextonus				
Koordination				
Klonischer Reflex	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

.....
.....
.....

Wie ist die zu erwartende Krankheitsentwicklung/Prognose?

.....
.....
.....

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen

- positiv negativ unter Vorbehalt

Begründung:

.....
.....

Name und Adresse des behandelnden Arztes/Spezialisten:

.....
.....
.....

Datum:

LIKIV-Nr. (Stempel)

Unterschrift :

6. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

Diagnose, gegebenenfalls Ätiologie und Behandlung (MIT DATUM):

.....
.....
.....

Heutige Medikation:

.....
.....

Implantation eines Herzschrittmachers Nein Ja Datum:

(Pacemaker)?

Implantation eines Defibrillators? Nein Ja Datum:

Andere chirurgische Eingriffe mit Datum:

.....

.....

Gegebenenfalls NYHA-Klasse¹:

Wie ist der heutige medizinische Zustand der Person?

.....

.....

.....

Wie ist die zu erwartende Krankheitsentwicklung/Prognose?

.....

.....

.....

Ist die Person sich ihres Problems ausreichend bewusst und zeigt sie die nötige Disziplin und Therapietreue? Ja Nein

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen

positiv negativ unter Vorbehalt

Begründung:

.....

.....

.....

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Arztes/Spezialisten:

.....

.....

.....

Datum: LIKIV-Nr. (Stempel)
Unterschrift:

- (1) Klasse I Keine körperliche Einschränkung. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Atemnot oder Angina pectoris
- Klasse II Leichte Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit. Keine Beschwerden im Ruhezustand. Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Atemnot oder Angina pectoris bei alltäglicher körperlicher Belastung.
- Klasse III Höhergradige Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhezustand. Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Atemnot oder Angina pectoris bei geringer körperlicher Belastung.
- Klasse IV Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und im Ruhezustand. Bettlägerigkeit.

7. Diabetes mellitus

Diabetes Typ:

Diabetes seit:

Heutige Behandlung:

Ausschließlich Diät

Blutzuckersenkende Tabletten seit:

Welche? (Bitte einkreisen und die Dosis angeben)

- Hypoglykämie möglich: Bevoren, Daonil, Diabenese, Diamicron, Euglucon, Glibenese, Glurenorm, Minidiab, Rastinon, Amarylle, Novonorm, andere:

Dosis:

- Keine Hypoglykämie möglich: Glucophage (Metformine), Glucobay (Acarbose), Metformax, andere:

Dosis:

Insulin seit:

Welche? (Sorte, Chemie, Dosis)

- Morgens:

- Mittags:

- Abends:

- Beim Schlafengehen:

Ist der Diabetes stabil? Nein Ja

Besteht ein erhöhtes Risiko zu Hypoglykämie-Anfällen? Ja ⁽¹⁾ Nein

Kündigen sich Hypoglykämie-Anfälle im Vorfeld ausreichend spürbar Nein Ja

an, um rechtzeitig darauf reagieren zu können?

Besteht regelmäßige medizinische Kontrolle? Nein Ja

Durch Spezialisten...../Jahr

Durch Hausarzt/Jahr

Anzahl der Hypoglykämie-Anfälle mit Bewusstseinsverlust im letzten Jahr?

Ist die Person sich ihrer Erkrankung vollkommen bewusst? Nein Ja

Folgt die Person strikt ihrer Therapie? Nein Ja

Hat die Person eine Diabetesschulung absolviert? Nein Ja

Hat die Erkrankung einen Einfluss auf die visuellen Funktionen? ⁽²⁾ Ja Nein

Hat die Erkrankung einen Einfluss auf das Herz-Kreislaufsystem? ⁽²⁾ Ja Nein

Hat die Erkrankung einen Einfluss auf das Nervensystem? ⁽²⁾ Ja Nein

Hat die Erkrankung einen Einfluss auf die Nierenfunktion? ⁽²⁾ Ja Nein

⁽¹⁾ ein endokrinologischer Bericht ist notwendig

⁽²⁾ falls ja, müssen die entsprechenden Abschnitte (bzw. 9, 6, 1, 11) ebenfalls ausgefüllt werden.

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen:

positiv negativ unter Vorbehalt

Begründung:

.....
.....
.....

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Arztes/Endokrinologen:

.....

.....

.....

Datum
Unterschrift

LIKIV-Nr. (Stempel)

8. Gehör und vestibuläres System

Diagnose, gegebenenfalls Ätiologie und Behandlung (MIT DATUM):

.....

.....

.....

.....

Heutige Medikation:

.....

.....

Kann die Erkrankung einen plötzlichen Schwindelanfall, plötzliche Gleichgewichtsstörungen oder eine Bewusstseinstörung verursachen? Ja Nein

Wie ist der heutige medizinische Zustand der Person?

.....

.....

.....

Wie ist die zu erwartende Krankheitsentwicklung/Prognose?

.....

.....

.....

Ist die Person sich ihres Problems ausreichend bewusst und zeigt sie die nötige Disziplin und Therapietreue? Ja Nein

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen
 positiv negativ unter Vorbehalt

Begründung:

.....

.....

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Hals-Nasen-Ohrenarztes

.....

.....

Datum:
Unterschrift:

LIKIV-Nr. (Stempel)

9. Visuelle Funktionen

Falls die Person eine Störung der visuellen Funktionen aufweist, muss sie an einen Augenarzt überwiesen werden. Dies ist gesetzlich vorgeschrieben.

Im Falle von verminderten visuellen Funktionen muss die Person an einen Augenarzt überwiesen werden, u.a. bei verminderter Sehschärfe (u.a. Tragen einer Brille oder von Kontaktlinsen), beschränktem Blickfeld, motorischen Störungen der Augen oder Ptosis, Ptose, Diplopie, gestörtem Dämmerungssehen, Verlust des Gebrauchs eines Auges sowohl infolge einer Erkrankung des Augennervs als auch infolge einer Erkrankung oder Verletzung der Retina oder anderer Erkrankungen.

Diagnose, gegebenenfalls Ätiologie und Behandlung (MIT DATUM):

.....

.....

Heutige Medikation:

.....

Ophthalmologische Vorgeschichte:

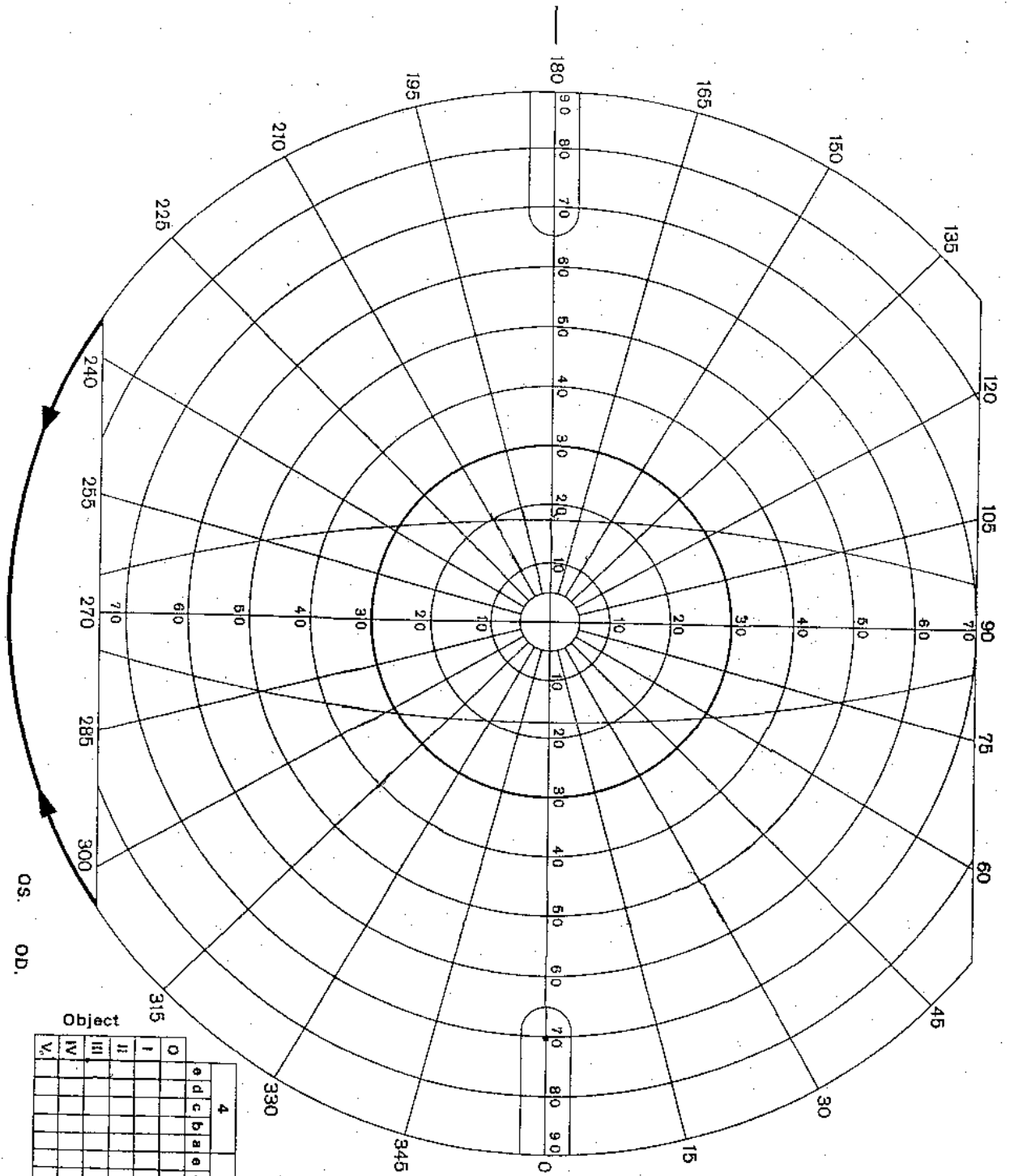
Untersuchung: Biomikroskopische Untersuchung:

Augenmobilität – Covertest:

Pupillen- und Coverreflexe:

Fern-Sehschärfe	Ohne Korrektur	Korrektur	Mit Korrektur	Brille oder Linsen	Dioptrie
Linkes Auge				B / L	
Rechtes Auge				B / L	
Binokular					
Sicht bei Dämmerung					
Blickfeld (*)	Temporal		Nasal	Oben	Unten
Linkes Auge	°		°	°	°
Rechtes Auge	°		°	°	°
Binokular	Links		Rechts	Oben	Unten
	°		°	°	°

(*) Wenn eine Sehhilfe benutzt wird, wird die Blickfeldmessung mit dieser Korrektur der Sehstörung durchgeführt.
Die Messung wird mit dem Perimeter von Goldmann Isopter V/4 oder mit einer hiermit vergleichbaren Messmethode durchgeführt. Wir bitten Sie, das Protokollblatt der Messung hinzuzufügen oder eine ausführliche Darstellung abzugeben.



Object	Relat. Intens.			
	4	3	2	1
0	e	d	c	b
I	d	c	b	a
II	c	b	a	e
III	b	a	e	d
IV	a	e	d	c
V	e	d	c	b

Sehschärfe

Das Tragen einer Sehhilfe ist vorgeschrieben (*) Ja Nein

Falls ja: Brille
 Kontaktlinsen
 Brille oder Kontaktlinsen

(*) Das Tragen einer Sehhilfe wird nicht nur vorgeschrieben, um die Mindestnormen zu erfüllen, sondern auch um ein Kraftfahrzeug sicher lenken zu können. In diesem Falle muss ein Fahreignungstest Modell VIII (Gruppe1) oder Modell X (Gruppe2) abgegeben werden.

Die Person ist in der Lage, ein Kraftfahrzeug in der Dämmerung und bei Dunkelheit sicher zu fahren.

Ja Nein

Diplopie: Ja Zentral Peripher
 Nein

Im Fall von Diplopie: Kann diese mit einer Sehhilfe ausreichend korrigiert werden, um ein Kraftfahrzeug sicher zu fahren? Ja Nein

Falls ja, Art Abdeckung linkem Auge
 Mattes Glas rechtem Auge
 Prismabrille

Blickfeld

Liegt eine Einschränkung des Blickfeldes vor? Ja Nein

Falls ja, welche (monokular, binokular, konzentrisch, lateralisiert, skotom, relativ, absolut,...)?

.....
.....

Beurteilen Sie die Person mit einer Blickfeldeinschränkung als fahrtauglich, aber überweisen sie für einen praktischen Test an CARA?

Ja
 Nein, denn ich erachte die Person als NICHT fahrtauglich.

Andere Erkrankungen

Hat die Person ausreichendes Kontrast-Sehvermögen, sowie ausreichendes Sehvermögen in der Dämmerung und bei Dunkelheit? Ja Nein

Hat die Person Probleme, wenn er geblendet wird oder hat er Sichteinschränkungen? Ja Nein

Hat die Person andere Erkrankungen, visuelle Störungen oder Einschränkungen? Ja Nein

Falls ja, welche?

.....
.....

Erachten Sie es für ratsam, bestimmte Bedingungen oder Einschränkungen zu fordern?

Ja Nein durch CARA zu bestimmen

Falls ja, welche?

.....
.....
.....

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, das Fahreignungsattest Modell VIII (im Anhang) auszufüllen.

Name und Adresse des behandelnden Augenarztes:

Datum:
Unterschrift

LIKIV-Nr. (Stempel)

10. Psychotrope Stoffe, Genussmittel und Alkohol

Übermäßiger und unverantwortlicher Gebrauch beim Fahren eines Kraftfahrzeuges, Missbrauch und Abhängigkeit:

Es besteht/bestand (*) übermäßiger oder unverantwortlicher Gebrauch von Alkohol, Medikamenten, psychotropen Stoffen vor oder während des Fahrens eines Kraftfahrzeuges, so dass die Fahrtätigkeit ungünstig beeinflusst wird/wurde: Ja Nein

Es besteht/bestand (*) eine Abhängigkeit oder Missbrauch von Alkohol, Medikamenten, psychotropen Stoffen Ja Nein
(*)Unzutreffendes streichen.

Zeitraum (eventuell pro Substanz spezifizieren)

Substanz: von: Bis:
Substanz: von: Bis:
Substanz: von: bis:
Nachgewiesene Abstinenz seit: / /

Behandlung:

Heutige Medikation:

Andere stationäre Aufnahmen, Selbsthilfegruppen, ...:

Wie ist der heutige medizinische Zustand der Person?

Wird die Person medizinisch begleitet? Ja Nein

Frequenz:
Durch wen:

Ist die Person sich ihres Problems ausreichend bewusst und zeigt sie die nötige Disziplin und Therapietreue? Ja Nein

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen

- positiv negativ unter Vorbehalt

Begründung:.....
.....
.....

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Arztes/Spezialisten:
.....
.....
.....

Datum: *LIKIV-Nr. (Stempel)*
Unterschrift:

N.B. Die Person kann als Bedingung für den Erhalt des Fahreignungssattests einen „Alkohol- oder Drogenvertrug“ auferlegt bekommen.

Therapeutischer Gebrauch von Medikamenten, die das Fahrverhalten nachteilig beeinflussen:

Heutige Medikation, Dosis und gegebenenfalls Information über kürzliche Abänderungen

a) täglich eingenommene Dosis mit vorgeschriebenem Moment der Einnahme
.....
.....
.....

b) unregelmäßig eingenommene Medikamente (mit der Information, bei welcher Gelegenheit diese eingenommen werden):
.....
.....
.....

Haben Sie die Person auf den Einfluss und die Nebenwirkungen der Medikation inklusive ihrer Wechselwirkungen und Kombinationswirkung mit Alkohol hingewiesen? Ja Nein

Kennt die Person die Latenzzeit der Medikation, in der sie nicht Auto fahren darf und respektiert sie diese? Ja Nein

Ist sich die Person des Risikos, das der Gebrauch dieser Medikation für das Autofahren mit sich bringen kann, ausreichend bewusst? Ja Nein

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen:

- positiv negativ unter Vorbehalt

Begründung:.....
.....
.....

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Arztes/Spezialisten:

.....

.....

.....

.....

Datum:
Unterschrift

LIKIV-Nr. (Stempel)

11. Leber- und Nierenerkrankungen

Diagnose, gegebenenfalls Ätiologie und Behandlung (MIT DATUM):

.....

.....

.....

Heutige Medikation:

.....

.....

Wie ist der heutige medizinische Zustand der Person?

.....

.....

.....

Wie ist die zu erwartende Krankheitsentwicklung/Prognose?

.....

.....

.....

Ist die Person sich seines Problems ausreichend bewusst und zeigt sie die nötige Disziplin und Therapietreue? Ja Nein

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen
 positiv negativ unter Vorbehalt

Begründung:

.....

.....

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Arztes:

.....

.....

.....

Datum
Unterschrift

LIKIV-Nr. (Stempel)

12. Implantate: Organtransplantationen oder künstliche Implantate (z.B. Neurostimulator, Medikationsverabreichungssysteme,...)

- N.B.**
- **Herzschrittmacher (Pacemaker) und automatische Defibrillatoren:** Siehe Rubrik 6: Herz-Kreislaufsystem
 - **Herz, Augenlinsen, Nieren, Leber, Transplantationen:** Siehe die entsprechende Rubrik (6, 9 und 11)
 - **Gelenkprothesen oder orthopädisches Fixierungsmaterial:** Siehe Rubrik 5: Lokomotorische Erkrankungen

Beschreiben Sie bitte, welche Implantation gemacht wurde, den Grund der Implantation, deren Datum und im Falle eines Medikationsverabreichungssystemes, die verabreichte Medikation sowie Dosis und Schema der Verabreichung (kontinuierlich, intermittierend).

.....
.....
.....
.....

Kontrolliert die Person die Funktion des implantierten Systems selbst? Ja Nein

.....
.....

Welche sind die möglichen Risiken bei einer akuten Dysfunktion des implantierten Systems (Überdosis, Überstimulierung,...) und die möglichen Folgen/Einschränkungen für die Person?

.....
.....
.....

- Wurden der Person die möglichen Risiken erklärt? Ja Nein
Verfügt die Person über die Bedienungsanleitung? Ja Nein
Kennt die Person die Warnhinweise des Herstellers? Ja Nein

Wie ist der heutige medizinische Zustand der Person?

.....
.....
.....

Ist die Person sich ihres Problems ausreichend bewusst und zeigt sie die nötige Disziplin und Therapietreue? Ja Nein

Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Empfehlung bezüglich der Fahreignung einzustufen
 positiv negativ unter Vorbehalt

Begründung:

.....
.....

Sie können für Ihre Empfehlung eines der beigefügten Empfehlungsformulare ausfüllen (Empfehlungsmodell VII).

Name und Adresse des behandelnden Arztes/Spezialisten:

.....
.....

Datum
Unterschrift

LIKIV-Nr. (Stempel)

Empfehlungsblatt: Empfehlung Modell VII

VII. FAHREIGNUNGSATTEST, BESTIMMT FÜR DEN ARZT VON CARA, FÜR EINEN ANWÄRTER AUF EINEN FÜHRERSCHEIN DER GRUPPE 1 ODER FÜR EINEN INHABER EINES FÜHRERSCHEINS DER GRUPPE 1

Hiermit bestätige ich _____, der unterzeichnende Arzt, die genannte Person untersucht zu haben.

Entsprechend meiner Spezialisierung, _____ bescheinige ich, dass die Person für den Führerschein der Gruppe 1, im Besonderen für die im Folgenden markierte Kategorie: (*)

- A3
- A
- B
- B+E
- G

- nicht fahrgeeignet ist (**)
- fahrgeeignet ist ohne Anpassungen, Bedingungen oder Einschränkungen (**)
- fahrgeeignet ist, unter der folgenden Bedingung oder Einschränkung (**):
 - code 05.01: Beschränkung auf Fahrten bei Tag (Eine Stunde nach Sonnenaufgang und eine Stunde vor Sonnenuntergang)
 - code 05.02: Beschränkung auf Fahrten in einem Umkreis von _____ km des Wohnsitzes oder nur innerhalb eines bestimmten Ortes/ einer bestimmten Region
 - code 05.04: Beschränkung auf höchstzulässige Geschwindigkeit von nicht mehr als _____ (km/h);
 - code 05.06: ohne Anhänger
 - code 05.07: Fahren auf Autobahnen nicht erlaubt
 - anderer Code:

Basierend auf medizinischen Untersuchungen und in Übereinstimmung mit Beilage 6 hat dieses Fahreignungsattest (**):

- eine uneingeschränkte Gültigkeitsdauer
- eine eingeschränkte Gültigkeitsdauer bis

<p>Persönliche Daten der Person</p> <p>Name _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nationalregisternummer (fakultativ)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Adresse _____</p> <p>_____</p>
--

<p>Identifikation des Arztes</p> <p>Name _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>_____</p> <p>Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Unterschrift</p> <p>Stempel</p>
--

(*)Zutreffende Kategorien ankreuzen und nicht zutreffende Kategorien horizontal und vollständig durchstreichen.
(**) Die passende Rubrik ankreuzen.

Empfehlungsblatt: VIII. Fahreignungsattest für einen Anwärter auf einen Führerschein der Gruppe 1 oder für einen Inhaber eines Führerscheins der Gruppe 1, ausgestellt durch den Augenarzt

Hiermit bestätige ich, _____, der unterzeichnende Augenarzt, die unten angeführte Person untersucht zu haben. Ich bescheinige, dass die Person in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Beilage 6 – III des Königlichen Erlasses vom 23. März 1998 für den Führerschein der Kategorie

A3 A B B+E G

- fahrgeeignet ist ohne Bedingungen oder Einschränkungen (**)
- nicht fahrgeeignet ist (**)
- fahrgeeignet erklärt werden kann, nach einer Untersuchung durch einen Arzt des entsprechenden Zentrums (laut Artikel 45 des Königlichen Beschlusses vom 23. März 1998 betreffend den Führerschein), übereinstimmend mit den Bestimmungen der Beilage 6, III. Ich bescheinige eine Fahreignung unter der Berücksichtigung der im Anschluss festgelegten Bedingungen und Einschränkungen: (**)
- fahrgeeignet ist, unter der folgenden Bedingung oder Einschränkung (**):
 - code 01.01: Brillen
 - code 01.02: Kontaktlinsen
 - code 01.03: Schutzgläser
 - code 01.04: OpakGläser
 - code 01.05: Augenschutz
 - code 01.06: Brillen oder Kontaktlinsen
 - code 05.01: Beschränkung auf Fahrten bei Tag (Eine Stunde nach Sonnenaufgang und eine Stunde vor Sonnenuntergang)
 - code 05.02 Beschränkung auf Fahrten in einem Umkreis von _____ km des Wohnsitzes oder nur innerhalb eines bestimmten Ortes/ einer bestimmten Region
 - code 05.04 Beschränkung auf höchstzulässige Geschwindigkeit von nicht mehr als _____ (km/h);
 - code 05.06 ohne Anhänger
 - code 05.07 Fahren auf Autobahnen nicht erlaubt

Basierend auf medizinischen Untersuchungen und in Übereinstimmung mit Beilage 6, III, hat dieses Fahreignungsattest auf ophthalmologischer Ebene(**):

- eine uneingeschränkte Gültigkeitsdauer
- eine eingeschränkte Gültigkeitsdauer bis

--	--	--	--	--

Persönliche Daten der Person											
Name	_____										
Vorname	_____										
Geburtsdatum											
Nationalregisternummer (fakultativ)											
Adresse	_____										

Identifikation des Arztes							
Name	_____						
Adresse	_____						

Datum							
Unterschrift	_____						
Stempel	_____						

(*) Zutreffende Kategorien ankreuzen und nicht zutreffende Kategorien horizontal und vollständig durchstreichen.
(**) Die passende Rubrik ankreuzen.